

LAPORAN PENELITIAN



ANALISIS FAKTOR DAN KEBIJAKAN PENURUNAN ANGKA KEMATIAN IBU DI BENGKULU

OLEH

Drs. Heri Sunaryanto, MA., Ph.D.

Drs. Purwadi Eka Tjahjono, M.A

Dra. Sri Hartati, M.Hum.

Drs. Muh. Marwan Arwani, M.Si

DIBIYAI OLEH DANA BOPTN

NOMOR KONTRAK: 2714/UN.30.9/PL/2015

TANGGAL 01 JULI 2015

FAKULTAS ILMU SOSIAL DAN ILMU POLITIK

UNIVERSITAS BENGKULU

November 2015

HALAMAN PENGESAHAN

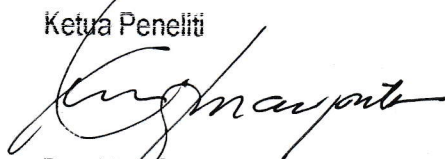
1.	a. Judul Penelitian	Analisis Faktor dan Kebijakan Penurunan Angka Kematian Ibu di Bengkulu
2.	Ketua peneliti	
	a. Nama Lengkap dan Gelar	Drs. Heri Sunaryanto, MA., PhD.
	b. Bidang Keahlian	Sosiologi
	c. Golongan Pangkat dan NIP	III/d/19600515 198503 1005
	d. Jabatan Fungsional	Lektor
	e. Jabatan Struktural	Dosen Pada Jurusan Sosiologi
	f. Unit Kerja	FISIP/Sosiologi
	g. Alamat Surat	Jl Unib Permai IIB/ 49 Perumnas UNIB Blok I Bengkulu
	h. Telp	081367772444
	i. E-mail	elray_77@yahoo.com
	j. Alokasi Waktu Penelitian	4 jam / minggu
3.	Anggota Peneliti	3 (Tiga) Orang
	a. Nama Anggota Peneliti I	Drs. Purwadi Eka Tjahjono, M.A.
	b. Nama Anggota Peneliti II	Dra. Sri Hartati. M.Hum.
	c. Nama Anggota Peneliti III	Drs. Muh. Marwan Arwani, M.si.
	Unit Kerja Anggota Peneliti	Jurusan Sosiologi
	Alokasi Waktu Penelitian Anggota	2 jam / minggu
5.	Lokasi Penelitian	Provinsi Bengkulu
7.	Lama Penelitian (mulai – sampai)	7 (Tujuh) Bulan (Juni – Desember 2015)
8.	Biaya yang Diusulkan	Rp. 9.250.000 (Sembilan Juta Duaratus Limapuluh Ribu Rupiah) dari DANA RBA FISIP
9.	Hasil yang ditargetkan : Kebijakan kependudukan untuk penurunan Angka Kematian Ibu dan faktor-faktor yang melatarbelakanginya baik secara langsung maupun tidak langsung.	

Bengkulu, 29 November 2015

Mengetahui
Ketua Jurusan Sosiologi


Drs. Heri Sunaryanto, M.A., Ph.D.
NIP. 19600515 198503 1005

Ketua Peneliti


Drs. Heri Sunaryanto, MA., PhD.
NIP. 19600515 198503 1005

Menyetujui
Ketua LPPM Unib


DR. Ir. Abimanyu Dipo Nusantara, M.P.
NIP. 19561225 198603 1003

Menyetujui
Dekan Fisip


Drs. Hasan Pribadi, Ph.D
NIP. 1954101219851005

RINGKASAN

Penelitian Analisis Faktor dan Kebijakan Penurunan Angka Kematian Ibu di Bengkulu merupakan respon terhadap masih tingginya Angka Kematian Ibu di Indonesia dimana pada data terakhir hasil Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2012 menunjukkan AKI Indonesia sebesar 359 per 100 ribu Kelahiran Hidup. Angka tsb sama dengan angka AKI pada tahun 1997 sehingga Indonesia gagal memenuhi target MDG's yang berakhir pada tahun 2015 yaitu 102 per 100 ribu Kelahiran Hidup. Di Bengkulu, kondisi tersebut tidak jauh berbeda dimana AKI di Bengkulu masih relatif tinggi yaitu 240 per 100 ribu KH (Sensus 2010).

Tujuan utama dari penelitian AKI ini adalah melakukan identifikasi dan analisis terhadap faktor-faktor sosial-demografi yang secara langsung (*direct determinants*) maupun faktor tidak langsung (*indirect determinants*) terhadap AKI di Bengkulu dan Selanjutnya menganalisis kebijakan-kebijakan terkait dengan penurunan AKI di Bengkulu. Penelitian ini merupakan penelitian diskriptif analitik dengan menggunakan data sekunder sebagai sumber utama data dan informasi yang selanjutnya dianalisis dengan metode Triangulasi.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa secara umum perkembangan kependudukan di Bengkulu sudah menunjukkan capaian yang berarti yaitu dengan tren penurunan beberapa indikator demografi seperti angka laju pertumbuhan penduduk, Total Fertility Rate (TFR) dan capaian kontrasepsi. Faktor-faktor yang secara tidak langsung berhubungan dengan AKI al.: Jumlah anak, Pendidikan, Kemiskinan, dan Pendapatan, sedangkan faktor yang secara langsung berhubungan adalah perdarahan, hipertensi pada kehamilan, partus macet, infeksi dan komplikasi aborsi. Persalinan di rumah dan ditolong oleh dukun, merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi masih tingginya AKI di Bengkulu.

Setidaknya ada 5 kebijakan program kesehatan ibu yang telah dilakukan selama ini terkait dengan upaya penurunan AKI di Bengkulu yaitu meliputi: (1) Program kesehatan ibu hamil, (2) Program kesehatan ibu bersalin dan nifas, (3) Program kesehatan maternal dan komplikas, (4) Program kesehatan reproduksi dan (5) Program keluarga berencana. Dari target yang telah ditentukan apayang telah diprogramkan beberapa sudah memenuhi target meskipun belum sesuai dengan target MDG's 2015. Dengan demikian masih perlu upaya yang lebih keras lagi guna menurunkan AKI sebagai mana yang telah ditargetkan sesuai dengan target MDG's 2015 yaitu 102 per 100 ribu Kelahiran Hidup.

DAFTAR ISI

HALAMAN PENGESAHAN LAPORAN PENELITIAN.....	i
RINGKASAN	ii
ABSTRACT	iii
KATA PENGANTAR.....	iv
DAFTAR ISI	v
DAFTAR TABEL	vi
DAFTAR GRAFIK.....	vii
DAFTAR LAMPIRAN	viii
BAB I. PENDAHULUAN	
A. Latar Penelitian.....	1
B. Permasalahan.....	4
C. Tujuan Penelitian	4
D. Manfaat Penelitian	5
BAB. II. KAJIAN PUSTAKA DAN ROAD MAP	
A. Konsep Kematian Ibu	6
B. Penyebab Langsung Kematian Ibu.....	7
C. Penyebab Tidak Langsung Kematian Ibu.....	8
D. Kebijakan Penurunan Kematian Ibu	11
E. Kajian Kependudukan Penurunan Kematian Ibu.....	12
F. Road Map Penelitian	13
BAB.III. METODE PENELITIAN	
A. Jenis dan Sumber Data	14
B. Teknik Pengumpulan Data.....	15
C. Metode Analisis	15
BAB. IV. TREN KEPENDUDUKAN DI BENGKULU	
A. Tren Jumlah Penduduk	16
B. Laju Pertumbuhan Penduduk	19
C. Tingkat Kelahiran (TFR)	23

BAB. V. DETERMINAN KEMATIAN IBU DI BENGKULU

A. Determinan Tidak Langsung	26
1. Tren AKI di Bengkulu	28
2. Jumlah Anak	28
3. Pendidikan.....	32
4. Kemiskinan dan Status Ekonomi	34
B. Determinan Langsung	37

BAB. VI. KEBIJAKAN PENURUNAN AKI

A. Target MDG's	40
B. Program Kegiatan Strategis dan Capaian	41
1. Persalinan dengan Nakes	44
2. Cakupan Pelayanan Ante Natal	45
3. Cakupan KB Aktif	46

BAB. VII. SIMPULAN DANREKOMENDASI

A. Simpulan	50
B. Rekomendasi	52

DAFTAR PUSTAKA

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Angka kematian ibu (AKI) merupakan salah satu ukuran untuk melihat derajat kesehatan perempuan khususnya, maupun masyarakat pada umumnya, dan juga dapat dijadikan indikator dari layanan kesehatan. Belakangan AKI Indonesia meningkat dengan tajam menjadi 359/100.000 KH (SDKI 2012). Menurut data WHO 2003, Indonesia termasuk negara dengan AKI sangat tinggi dibanding negara lain, misalnya Yunani 3/100.000 kelahiran hidup (KH), Singapore 6, Malaysia 39, Thailand 44, Vietnam 160, Filipina 170, sementara Indonesia 307. Menurut Wakil Menteri Kesehatan Ali Gufron Mukti pada saat membuka Workshop Nasional Pelayanan Kesehatan di Kementerian Kesehatan 15 Mei 2012 yang lalu, dewasa ini dengan AKI sebesar 359/100.000 KH dari hasil SDKI 2012 menunjukkan bahwa AKI di Indonesia mencapai 3-8 kali lebih besar dibandingkan dengan negara lain di kawasan Asean dan lebih dari 50 kali angka kematian ibu di negara maju.

Sumber penting yang menjadi rujukan data nasional AKI di Indonesia antara lain dari Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (1991-2012), Survei Dasar Kesehatan Indonesia (2003, 2007, 2010, 2013), Survei Kesehatan Rumah Tangga (2010), dan lain-lain, sementara data AKI di tingkat daerah diperoleh dari survei-survei mikro dan Pelaporan Kejadian Kematian Ibu dari tingkat kabupaten/ kota. Data survei nasional selama ini tidak bisa diolah lanjut ke tingkat provinsi mengingat jumlah cakupan kejadian kematian ibu yang ada di tiap daerah terlalu sedikit, sehingga apabila dipaksakan untuk diolah maka hasilnya dikhawatirkan bias. Pengolahan data survei-survei nasional yang dipublikasi BPS menunjukkan

gambaran perkembangan AKI di Indonesia yang cenderung menurun sejak 1991-2010. Akan tetapi diluar dugaan hasil SDKI 2012, KI Indonesia melonjak dengan sangat tajam menjadi 359/100.000 KH. (lihat Grafik 1.1), dimulai dari 450/100.000 KH (SDKI 1991) menjadi 390/100.000 KH (SDKI 1994), kemudian 334/100.000 KH (SDKI 1997), selanjutnya 307/100.000 KH (SDKI 2003), lalu 228/100.000 KH (SDKI 2007), dan akhirnya 359/100.000 KH (SDKI 2012). Angka ini jauh dari target MDG's yang berakhir pada tahun ini (2015) yaitu 102/100,000 KH (Gufron Mukti, 2012).



Sumber: SDKI 1991-2012

Berdasarkan hasil survei diatas, perkembangan AKI di Indonesia memang cenderung menurun selama kurun 20 tahun terakhir. Namun penurunan AKI yang dicapai dipandang lamban bila dikaitkan dengan target nasional sebagaimana dicantumkan dalam tujuan ke 5 dari *Millineum Development Goals* (MDGs) yaitu meningkatkan kesehatan ibu dengan menurunkan AKI dimana target yang ingin dicapai pada tahun 2015 adalah mengurangi sampai $\frac{3}{4}$ resiko jumlah kematian ibu

dari AKI tahun 1990 yakni 450/100.000 KH menjadi 102/100.000 KH. Dengan berat hati harDari sisa waktu yang tinggal 3 tahun ke depan kiranya upaya penurunan AKI us dikatakan bahwa Indonesia gagal mencapai target penurunan AKI sebagaimana telah dicanangkan dalam agenda MDG's.

Terkait program MDGs dalam menurunkan AKI dan bersamaan dengan perkembangan fluktuasinya di tingkat nasional, pemerintah Propinsi Bengkulu melalui dinas terkait terutama Dinas Kesehatan dan BKKBN berkomitmen juga untuk terus berupaya keras menurunkan AKI. Komitmen ini terkait masih diperlukannya usaha keras semua pihak untuk penurunan akan AKI di Bengkulu sesuai dengan target MDG's. Hasil Sensus Penduduk 2010, AKI di Bengkulu mencapai 114 kematian per 100 ribu kelahiran hidup, sedangkan AKI yang ditargetkan oleh MDG's adalah 102 per 100 ribu kelahiran hidup. Kondisi ini masih relatif lebih baik diandingkan dengan capaian rata-rata AKI di Indonesia yang relatif tinggi yaitu 226 per 100 ribu kelahiran hidup.

Permasalahannya adalah tahun 2015 tinggal beberapa bulan berakhir sebagai target yang telah menjadi kesepakatan dunia. Menurunkan AKI dari 114 pada tahun 2010 menjadi 102 pad 2015 tentu bukan pekerjaan yang mudah. Apalagi konon angka AKI Bengkulu pada 2011 meningkat lagi menjadi 120 per 100 ribu kelahiran hidup atau naik 2 poin dari kondisi 2 tahun sebelumnya. Fluktuasinya AKI di Bengkulu tentu saja tidak dapat terlepas dari masih belum optimalnya pelaporan kematian dari desa-desa sehingga kompilasi data kematian memang perlu dikritisi secara komprehensif.

Intervensi layanan kesehatan pada masyarakat dan penguatan kelembagaan oleh Dinas Kesehatan telah banyak dilakukan. Dukungan program kebijakan oleh

BKKBN yang secara tidak langsung berkaitan dengan upaya meningkatkan derajat kesehatan ibu pun tidak sedikit. Oleh karena itu, diperlukan rancangan terobosan strategi baru dalam rangka menanggulangi risiko kejadian kematian ibu sekaligus percepatan penurunan AKI di Bengkulu. Untuk maksud tersebut dan sesuai dengan bidang perhatian PSKP-UNIB maka rancangan kegiatan penelitian ini akan lebih difokuskan pada upaya mengidentifikasi kebijakan-kebijakan bidang kependudukan yang dapat direkomendasikan untuk melanjutkan upaya penurunan AKI di Bengkulu. Dalam kaitan ini ketersediaan data kependudukan dan aspek sumberdaya sosial yang valid yang memiliki pengaruh tidak langsung pada kesehatan ibu serta data kebijakan-kebijakan kependudukan yang pernah dilakukan menjadi pertimbangan utama untuk menentukan rancangan perencanaan dan pengembangan strategi kebijakan kedepan dalam rangka penanggulangan risiko kematian ibu di Bengkulu.

B. Permasalahan

Dalam rangka penyusunan rekomendasi kebijakan bidang kependudukan untuk melanjutkan upaya penurunan AKI di Bengkulu maka permasalahan yang dirumuskan dalam penelitian ini adalah (1) bagaimanakah gambaran kondisi sosial demografis penduduk Bengkulu yang memiliki kaitan dengan AKI? (2) kebijakan-kebijakan kependudukan apa saja yang telah dilakukan dan bagaimanakah capaiannya? (3) model perencanaan dan strategi kebijakan kependudukan apa saja yang dapat direkomendasikan?

C. Tujuan Penelitian

Secara umum penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi dan menganalisis data sosial demografi dan data pelaksanaan kebijakan-kebijakan

kependudukan yang terkait tak langsung dengan kematian ibu yang akan digunakan untuk menyusun pengembangan model dan strategi kebijakan kependudukan dalam rangka penurunan AKI di Bengkulu. Secara khusus penelitian ini bertujuan untuk :

- (1) mengidentifikasi dan menganalisis trend kependudukan di provinsi Bengkulu,
- (2) mengidentifikasi determinan langsung dan tidak langsung kematian ibu di provinsi Bengkulu,
- (3) mengidentifikasi dan menganalisis data hasil kebijakan-kebijakan kependudukan dan penurunan AKI di provinsi Bengkulu.

D. Manfaat Penelitian

Identifikasi data sosial demografi dan kebijakan kependudukan bermanfaat sebagai informasi dasar untuk menyusun pengembangan model dan rencana strategis kebijakan kependudukan dalam penanggulangan risiko kematian ibu terkait kehamilan dan persalinan. Hasil penelitian dapat menjadi terobosan strategi baru yang merupakan bagian terintegrasi dari keseluruhan strategi daerah dan nasional dalam rangka penurunan Angka Kematian Ibu di Bengkulu

BAB II

KAJIAN PUSTAKA

A. Konsep Kematian Ibu

Kematian berasal dari kata dasar "mati" yang artinya peristiwa menghilangnya semua tanda-tanda kehidupan secara permanen, yang bisa terjadi setiap saat setelah adanya kelahiran hidup. Dengan demikian keadaan "mati" hanya bisa terjadi jikalau didahului oleh keadaan hidup, atau dengan kata lain mati tidak akan pernah ada kalau sebelumnya tidak ada kehidupan, menurut PBB dan WHO (dalam Adioetomo dan Samosir, 2011). Kematian ibu didefinisikan sebagai peristiwa menghilangnya semua tanda-tanda kehidupan secara permanen pada perempuan berkenaan dengan kehamilannya, yang bisa terjadi sewaktu hamil, saat persalinan dan pasca persalinan, maupun masa nifas sekitar 42 hari sesudah berakhirnya kehamilan, yang disebabkan oleh apapun yang berhubungan dengan kehamilan atau penanganannya, tapi tidak secara kebetulan atau oleh penyebab tambahan lainnya (BPS, et al : 2008). Kematian ini dapat disebabkan karena penyakit yang berkaitan dengan kehamilan atau memburuk akibat kehamilan, atau disebabkan karena pertolongan kelahiran yang tidak tepat. Kematian maternal tidak termasuk kematian karena kecelakaan (*accidental*) atau kelalaian (*incidental*) (Utomo dan Suprobo, 2011: 115).

Dari berbagai ukuran kematian penduduk, kematian bayi (*Infant Mortality Rate*) dan kematian ibu (*Maternal Mortality Rate*) dipandang sangat penting karena sensitif terhadap keadaan di luar dirinya sekaligus mencerminkan keadaan di lingkungan sekitar. Peristiwa kematian itu sendiri pada dasarnya merupakan kejadian akhir dari akumulasi keadaan sakit (*morbidity*) yang diderita sebelum seseorang meninggal. Oleh karena itu tinggi rendahnya tingkat kematian penduduk, terutama

kematian bayi dan kematian ibu pada suatu daerah dapat menjadi barometer dari kualitas derajat kesejahteraan dan kesehatan penduduk secara keseluruhan, maupun ukuran tingkat pencapaian keberhasilan daerah tersebut dalam menyelenggarakan pembangunan kesehatan, sosial, ekonomi, budaya, dan sebagainya, baik pada tingkat mikro maupun makro.

Terdapat berbagai sebab yang menimbulkan kematian penduduk, sehingga menurut para pakar fenomena kematian sesungguhnya bersifat sangat kompleks dan multidimensional (Mahadevan, 1986, Utomo dan Suprobo, 2011). Untuk merumuskan faktor-faktor yang mempengaruhi kematian ibu bukanlah merupakan hal mudah. Berbagai tinjauan seperti kesehatan, epidemiologi, gizi, sosial budaya, ekonomi, geografi, dan sebagainya sangat diperlukan dalam mengungkap pengaruh langsung maupun tidak langsung, serta pengaruh positif maupun negatif pada kematian ibu.

B. Penyebab Langsung Kematian Ibu

Di negara miskin dan berkembang, sekitar 25-50% kematian wanita usia subur disebabkan oleh masalah yang berkaitan dengan kehamilan, persalinan, dan nifas. WHO memperkirakan di seluruh dunia setiap tahunnya lebih dari 585.000 ibu meninggal saat hamil atau bersalin. Di Indonesia, SDKI 2007 mencatat sebanyak 4.692 jiwa ibu melayang di masa kehamilan, persalinan, dan nifas yang dipicu oleh keadaan perdarahan 28%, tekanan darah yang tinggi saat hamil (eklampsia) 24%, infeksi 11%, partus lama/ persalinan macet 5%, dan komplikasi keguguran 5%. Artinya terdapat 73% kejadian kematian ibu disebabkan oleh penyebab langsung (Widodo Judarwanto, 2012). Sedangkan hasil Survei Kesehatan Rumah Tangga 2001 menunjukkan 90% kematian ibu yang disebabkan oleh penyebab langsung tersebut.

Penyebab perdarahan yang utama adalah terkait produksi air ketuban atau ibu hamil menderita anemia atau kekurangan zat besi, dan secara umum wanita hamil

menderita kurang gizi mikro, dan ini lebih berbahaya karena mereka merasa dirinya sehat tapi sebenarnya kurang gizi. Status gizi ibu hamil merupakan hal yang sangat esensial karena berpengaruh langsung pada pencegahan kematian pada kehamilan dan persalinan.

Dijelaskan oleh Prof. Dr. A. Bari Saifuddin, SpOG(K), MPH bahwa kejadian kematian ibu dapat terjadi secara langsung (*direct obstetric death*), secara tidak langsung, dan kematian yang terjadi bersamaan tapi tidak berhubungan dengan kehamilan dan persalinan, misalnya karena kecelakaan. *Direct obstetric death* disebabkan oleh komplikasi/ penyulit kehamilan; hiperemesis gravidarum (mual-muntah), preeklamsi-eklamsia, kelainan lamanya kehamilan, kehamilan *ektopik*, perdarahan antepartum, dll. Sementara penyulit persalinan atau persalinan macet terjadi karena kelainan tenaga, kelainan letak janin, kelainan panggul. Kematian obstetrik tidak langsung disebabkan penyakit atau komplikasi yang timbul pada saat kehamilan, persalinan, dan nifas. Misalnya hipertensi, penyakit jantung, diabetes, hepatitis, anemia, malaria, infeksi atau pendarahan yang timbul akibat pengguguran kandungan yang tidak aman secara medis, dll. Penyebab berikutnya adalah penyulit nifas yang meliputi infeksi nifas dan penyakit lain dalam masa nifas berikut penanganannya.

C. Penyebab Tidak Langsung Kematian Ibu

Faktor tidak langsung penyebab kematian ibu sering dikaitkan dengan analisis "4 Terlalu" dan "3 Terlambat" yang terkait dengan faktor aksesibilitas pada layanan kesehatan, sosial budaya, pendidikan, dan ekonomi (Utomo dan Suprobo, 2011). Yang dimaksud dengan 4 Terlalu adalah terlalu muda umur ibu hamil/melahirkan, terlalu tua, terlalu sering hamil/melahirkan, dan terlalu rapat jarak antar kehamilan/persalinan. Berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) 2010,

D. Kebijakan Penurunan Kematian Ibu

Kebijakan dan upaya penanggulangan Kematian Ibu terus menerus telah dilakukan oleh Kementerian Kesehatan sebagai lembaga negara yang kompeten terhadap masalah ini. Penurunan memang telah dicapai, akan tetapi AKI di Indonesia masih tertinggi di ASEAN. Pelaksanaan kebijakan yang masih berlangsung hingga kini diantaranya adalah penempatan bidan di desa, pemberdayaan keluarga dan masyarakat dengan menggunakan Buku Kesehatan Ibu dan Anak (Buku KIA) dan Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K), serta penyediaan fasilitas kesehatan Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar (PONED) di Puskesmas perawatan dan Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK) di rumah sakit.

Selain itu, diluncurkan program Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) ke Puskesmas di Kabupaten/ Kota yang difokuskan pada kegiatan preventif dan promotif dalam program Kesehatan Ibu dan Anak dan terakhir ini digulirkan program Jampersal (Jaminan Persalinan) sejak 2011. Program ini diperuntukkan bagi seluruh ibu hamil, bersalin dan nifas serta bayi baru lahir yang belum memiliki jaminan kesehatan atau asuransi kesehatan. Kementerian Kesehatan juga mengembangkan 6 strategi operasional penurunan angka kematian ibu yaitu penguatan Puskesmas dan jaringannya; penguatan manajemen program dan sistem rujukannya; meningkatkan peran serta masyarakat; kerjasama dan kemitraan; kegiatan akselerasi dan inovasi tahun 2011; penelitian dan pengembangan inovasi yang terkoordinir.

Dukungan terhadap penurunan kematian ibu juga dilakukan oleh BKKBN sebagai lembaga negara yang berwenang dalam urusan pengendalian jumlah penduduk dan pembangunan keluarga. Program-program kebijakannya diarahkan pada upaya peningkatan pra-kondisi status kesehatan perempuan. Misalnya program keluarga berencana secara luas meliputi pemakaian kontrasepsi, kesehatan reproduksi, sosialisasi norma keluarga kecil, pemberdayaan ekonomi keluarga, dan lain-lain.

E. Kajian Kependudukan Untuk Penurunan Kematian ibu

Kajian kependudukan yang juga disebut demografi secara keilmuan (*scientific*) sudah dimulai sejak abad pertengahan. Sebagaimana ditunjukkan secara epistemologi bahwa kata demografi berasal dari bahasa Yunani *demos* dan *grafein*. *Demos* artinya rakyat/penduduk, sedangkan *grafein* artinya menulis. Berdasarkan asal usul kata tersebut Achille Guillard (1885) mendefinisikan demografi sebagai tulisan-tulisan atau karangan-karangan mengenai rakyat atau penduduk. Selanjutnya demografi didefinisikan lebih luas dan lebih detail menyangkut beberapa variabel penting dan bagaimana variabel-variabel itu berubah dan dampaknya terhadap kehidupan masyarakat.

Dari perspektif sosiologi, Gee (1990) menjelaskan bahwa Demografi merupakan bagian dari sosiologi yang mempelajari penduduk. Para Demografer menggambarkan dan menjelaskan karakteristik penduduk dan proses yang menjelaskan perubahan karakteristik tersebut. Sedangkan Donald J. Bogue (1973) menjelaskan bahwa Demografi adalah ilmu yang mempelajari secara statistik dan matematik tentang besar, komposisi dan distribusi penduduk dan perubahan-perubahannya sepanjang masa melalui bekerjanya lima komponen demografi yaitu kelahiran (*fertilitas*), kematian (*mortalitas*), perkawinan, migrasi, dan mobilitas sosial.

Penelitian ini difokuskan pada aspek demografi yang berkaitan dengan mortalitas ibu. Sebagaimana telah disebutkan dalam sub-bab C yaitu penyebab tak langsung kematian ibu di mana hasil survai antara menunjukkan adanya hubungan antara resiko kematian ibu dengan ciri-ciri demografis ibu, maka secara spesifik variabel yang akan dikaji dalam penelitian ini adalah mengenai komposisi dan struktur penduduk, variasi perkawinan – fertilitas – dan mortalitas. Penelitian juga mengidentifikasi aspek lain yang diduga mempengaruhi mortalitas ibu. Dalam hal ini

BAB III.

METODE PENELITIAN

A. Jenis dan sumber data

Data yang digunakan dalam kajian ini adalah data sekunder. Data ini diperoleh dari dokumentasi, publikasi, dan hasil penelitian yang diterbitkan terutama oleh lembaga resmi pemerintah. Sumber data sekunder yang digunakan berasal dari Badan Pusat Statistik, seperti publikasi hasil Sensus Penduduk, Survey Antar Sensus (SUPAS), Survey Sosial-Ekonomi Nasional (SUSENAS), Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia atau Survei Dasar dan Kesehatan Indonesia (SDKI), Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) dari Kementerian/ Dinas Kesehatan, seperti publikasi Profil Kesehatan, hasil survei mikro, laporan kegiatan, dan laporan pendataan, dari BKKBN, seperti hasil survei mikro, laporan kegiatan, dan laporan pendataan keluarga, serta dari studi-studi yang dilakukan oleh lembaga lain yang terkait dengan permasalahan penelitian.

Kelemahan menggunakan data sekunder adalah analisis yang dilakukan oleh peneliti menjadi sangat dibatasi oleh ketersediaan data dan informasi. Peneliti tidak dapat melakukan analisis dan penjelasan terkait informasi dibalik data-data yang dipublikasikan dan tidak bisa melakukan *crosstab* terhadap variabel yang diperlukan oleh penelitian seperti misalnya alasan dibalik tinggi atau rendahnya angka kematian ibu. Ataupun melakukan *crosstab* multi variabel karena umumnya data yang dipublikasikan hanyalah single variabel. Hal demikian dalam penelitian ilmiah sangat penting karena berkaitan dengan ketajaman dan komprehensifitas penjelasan terhadap realitas empirik.

B. Teknik Pengumpulan Data

Sebagaimana dijelaskan sebelumnya penelitian merupakan penelitian diskriptif dengan mengacu pada data sekunder. Data-data dalam kajian ini dikumpulkan dengan metode observasi dan dokumentasi pada sumber-sumber data dari lembaga-lembaga resmi pemerintah seperti Badan Pusat Statistik (BPS), Dinas Kesehatan Provinsi, BKKBN, dan observasi kepustakaan. Data-data yang tersedia kemudian dilakukan reduksi dan kategorisasi disesuaikan dengan kebutuhan tujuan kajian dan analisis.

C. Metode Analisis

Cakupan wilayah penelitian ini adalah Propinsi Bengkulu. Berbasis ketersediaan data yang diperoleh selama pelaksanaan penelitian, dimungkinkan penyusunan data dan analisis variasi antar daerah kabupaten/ kota. Penelitian ini bersifat diskriptif dengan pendekatan metode analisis yang bersifat deskriptif analitik. Informasi/data kependudukan serta data kebijakan sebagaimana telah disebutkan dalam sub-bagian tujuan penelitian yang berhasil dikumpulkan akan disajikan dalam bentuk nominal atau proporsional sesuai dengan karakteristik datanya. Data dianalisis dengan melakukan cross-tabulation (tabulasi silang) terhadap variabel-variabel yang diduga kuat mempunyai hubungan dengan Kematian ibu dan selanjutnya akan dilakukan interpretasi sesuai dengan teori dan hasil penelitian terdahulu sehingga diperoleh gambaran yang obyektif terhadap realitas fertilitas tersebut.

BAB IV

TREN KEPENDUDUKAN DI BENGKULU

Sebelum membahas secara komprehensif kematian ibu di Bengkulu, ada baiknya melihat kecenderungan perkembangan kependudukan di provinsi Bengkulu. Hal ini dimaksudkan untuk mendapat gambaran makro tentang dinamika kependudukan di provinsi Bengkulu. Beberapa aspek kependudukan akan dibahas pada Bab ini, seperti tren jumlah penduduk, laju pertumbuhan penduduk, karakteristik wanita menikah sebagai obyek kajian yang terkait dengan tingkat kematian ibu.

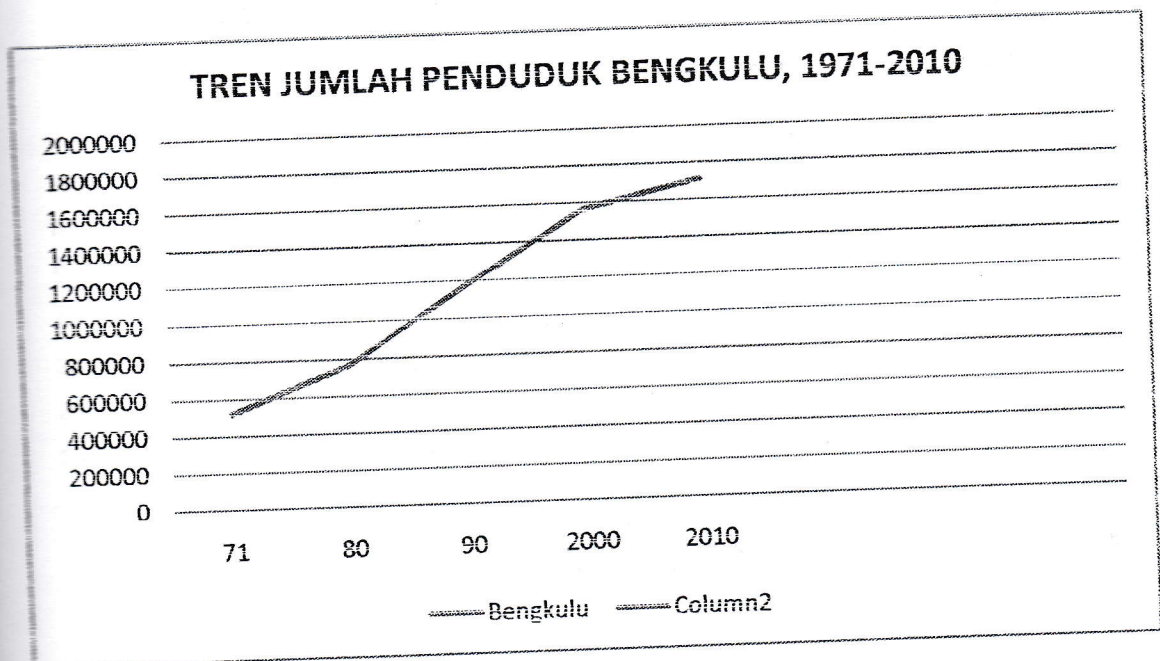
A. Tren Jumlah Penduduk

Penduduk Bengkulu mengalami peningkatan jumlah yang signifikan sejak awal tahun 1970 dimana Bengkulu memisahkan diri dari Sumbagsel dan menjadi provinsi sendiri. Dalam periode 1970-2010, jumlah penduduk Bengkulu telah meningkat lebih 3 kali lipat yaitu dari 519,316 menjadi 1,715,518. Grafik 4.1, memberikan informasi bahwa peningkatan jumlah penduduk besar-besar terjadi pada periode 1980-2000. Periode ini merupakan periode dimana provinsi Bengkulu menjadi salah satu daerah tujuan utama program transmigrasi sejak Repelita I pada era Orde Baru dibawah rezim Soeharto. Sejak Repelita I, Sumatra menjadi target tujuan utama program transmigrasi, 50 persen lebih transmigran dikirim ke Sumatra pada periode Repelita II dan III dari total target nasional dan provinsi Bengkulu menempati urutan ketiga setelah provinsi Lampung dan Jambi (Hugo et.al, 1987: 180-181).

Realitas ini menjelaskan bahwa migrasi menjadi faktor dominan peningkatan jumlah penduduk di Bengkulu pada periode 1970-1990 sehingga tidak mengejutkan apabila angka laju pertumbuhan penduduk Bengkulu pada periode tersebut mencapai 4,

39 persen tertinggi nomor tiga di Indonesia setelah provinsi Lampung dan Kalimantan Timur. Angka laju pertumbuhan penduduk ini (4,39 persen) jauh diatas rata-rata laju pertumbuhan penduduk nasional yang hanya 2, 3 persen pada periode yang sama (Hugo, et.al, 1987: 42-43).

Grafik 4.1



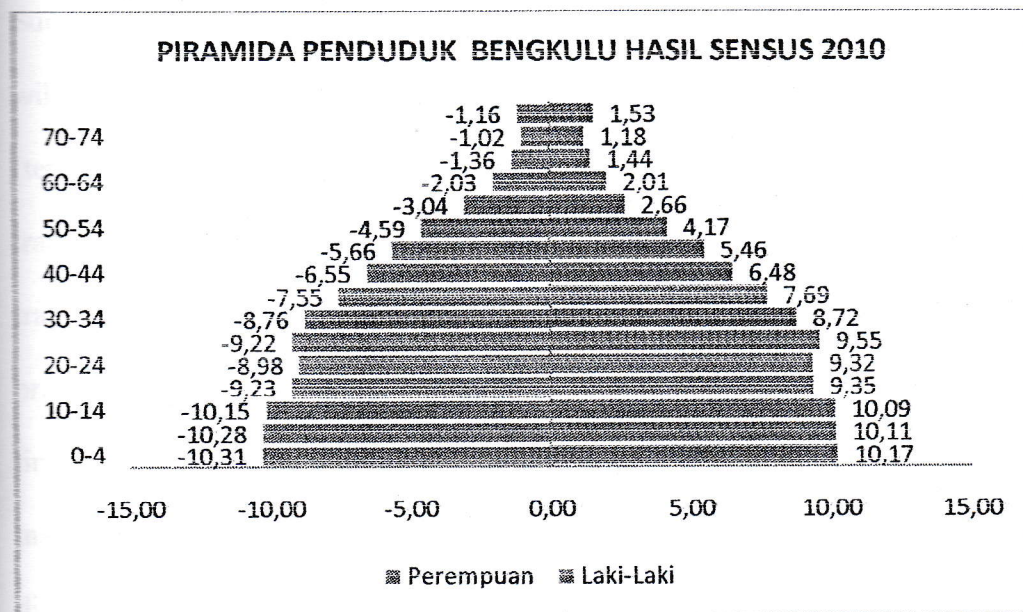
Sumber: Sensus Penduduk 71,80,90,2000,2010

Meskipun dari segi jumlah mengalami peningkatan yang dramatis sejak tahun 1980, akan tetapi struktur penduduk Bengkulu hingga saat ini tidak mengalami perubahan yang dramatis. Struktur penduduk Bengkulu masih menunjukkan bentuk yang konvensional yaitu piramid dengan proporsi penduduk usia 0-14 tahun masih dominan. Data hasil Sensus Penduduk 2010 menunjukkan bahwa penduduk usia 0-14 tahun mencapai 30,28 persen atau sepertiga lebih dari total penduduk provinsi Bengkulu (lihat Grafik 4.1).

Realitas demografi ini menunjukkan bahwa: a) selama 14 tahun fertilitas di provinsi Bengkulu belum dapat dikendalikan secara baik, b) beban berat bagi pemerintah

Propinsi Bengkulu dalam menyediakan sarana dan prasarana dasar yang menyangkut kesehatan, pendidikan, dan sosial. c) angka ketergantungan masih cukup tinggi dan d) ketika penduduk muda tersebut mencapai usia reproduksi, penduduk akan tumbuh dengan cepat untuk beberapa tahun mendatang.

Grafik 4.2



Sumber: BPS, 2011

Grafik 4.2 juga menginformasikan bahwa jumlah penduduk laki-laki masih lebih dominan dibandingkan dengan jumlah penduduk perempuan. Sejak tahun 1970 dimana provinsi Bengkulu memisahkan diri dari Sumatra Selatan hingga 2010, Sex Ratio penduduk Bengkulu masih diatas angka seratus yang artinya penduduk laki-laki masih lebih banyak dibandingkan dengan penduduk perempuan. (lihat Tabel 4.1).

Tabel 4.1. Sex Ratio Penduduk Bengkulu 1980-2010

No	Tahun	Sex Ratio
1	1980	103,23
2	1990	105,63

BAB V

DETERMINAN KEMATIAN IBU DI BENGKULU

Berbagai literatur menyimpulkan bahwa ada begitu banyak faktor yang berhubungan dengan angka kematian ibu (AKI). Faktor-faktor tersebut secara umum membedakan faktor yang secara langsung menyebabkan kematian ibu dan faktor-faktor tidak langsung yang berhubungan dengan AKI. Faktor langsung seringkali disebut dengan faktor medik, sedangkan faktor tidak langsung disebutkan sebagai faktor non-medik yaitu faktor-faktor yang umumnya terkait dengan karakteristik sosial-demografi (childrengrowup.wordpress.com). Bab IV akan menjelaskan faktor medik dan non medik yang diprediksi secara teoritik berkontribusi terhadap AKI di Bengkulu. Sebelumnya akan di bahas trend perkembangan AKI di Bengkulu untuk memberi gambaran tingkat pertumbuhan dan fertilitas penduduk sebagaimana diketahui bahwa AKI sangat erat hubungannya dengan fertilitas

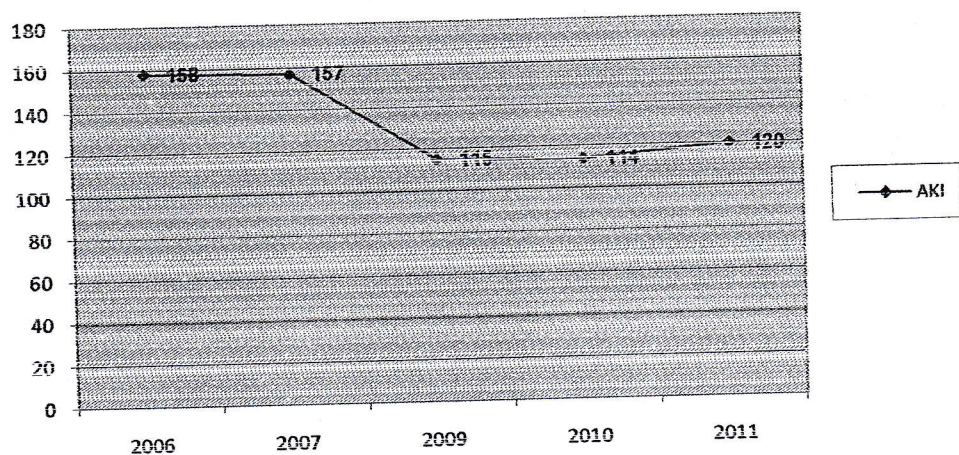
A. Determinan tidak langsung

1. Trend AKI di Bengkulu

Angka Kematian Ibu memang menjadi permasalahan serius di seluruh wilayah Indonesia tidak terkecuali Bengkulu. Upaya kerja keras yang dilakukan oleh pemerintah melalui Kementrian Kesehatan dan kantor BKKBN memang membuahkan hasil dengan menurunnya AKI di Indonesia secara signifikan, akan tetapi penurunan ini masih dirasa belum memenuhi harapan pemerintah bilaman dikaitkan dengan target MDG's 2015 yang akan datang. Sebagaimana diketahui bahwa berdasarkan hasil Sensus Penduduk 2010 Angka Kematian Ibu secara nasional adalah 228 per 100 ribu kelahiran hidup, sedangkan target MDG's 2015 adalah 102 per 100 ribu kelahiran hidup.

Di Bengkulu kondisi AKI masih relatif lebih baik dan menunjukkan tren yang terus menurun. Pada grafik 5.1 terlihat jelas tren AKI yang terus menurun sejak 2006, yaitu dari 158 per 100 ribu kelahiran hidup pada 2006 menjadi 114 per 100 ribu kelahiran hidup. Meskipun diperkirakan naik menjadi 120 per 100 ribu kelahiran hidup pada 2011.

Grafik 5.1 Tren AKI di Bengkulu, 2006-2011



Sumber: Laporan Dinkes Provinsi Bengkulu, 2010

Angka tersebut diperoleh dari estimasi data pelaporan kejadian kematian ibu kurun tahun 2006 sejumlah 58 orang dengan rincian 5 kematian ibu hamil, 44 kematian ibu melahirkan, dan 9 kematian ibu nifas, serta pelaporan kejadian kematian ibu kurun tahun 2009 sejumlah 52 orang terdiri dari 4 kematian ibu hamil, 35 kematian ibu melahirkan, dan 13 kematian ibu nifas. Ini berarti sekitar 70% peristiwa kematian ibu terjadi berkaitan dengan masa persalinan. Variasi antar kabupaten menunjukkan kejadian kematian ibu sangat tinggi di Kaur dan Bengkulu Utara. Angka AKI ini tentunya harus dicermati dengan seksama mengingat angka ini tidak menurut lazimnya perhitungan yang direkomendasikan oleh BPS. Namun demikian angka ini dimaksudkan untuk memberikan gambaran kondisi AKI di Provinsi Bengkulu. Sedangkan kejadian kematian ibu selama tahun 2009 dapat dilihat pada

Tabel 5.1. Dari data ini nampak kematian ibu relatif kecil, namun demikian ini terbatas pada kasus kematian yang dilaporkan. Sebagaimana diketahui bahwa kejadian kematian ibu di Indonesia seperti fenomena gunung es dimana hanya kelihatan puncaknya tetapi pada tingkat dibawahnya sangat tinggi. Hal demikian tidak berlebihan ketika dilakukan survey yang lebih hati-hati pada SDKI 2012, AKI di Indonesia meningkat dengan sangat tajam menjadi 359 per 100 ribu Kelahiran Hidup. Angka ini sama dengan AKI pada SDKI 2007.

Tabel 5.1 Jumlah Kematian Ibu Menurut Kab/Kota, Bengkulu, 2009

	Kab/Kota	Jumlah lahir hidup	Jumlah kematian maternal			Jumlah
			Hamil	Bersalin	Nifas	
1	2	3	4	5	6	7
1	Kota Bengkulu	7,487	1	0	5	6
2	Bengkulu Selatan	3,591	0	0	0	0
3	Bengkulu Utara	5,634	0	5	5	10
4	Rejang Lebong	6,314	0	4	2	6
5	Kaur	399	0	8	0	8
6	Seluma	3,977	0	5	0	5
7	Mukomuko	3,094	1	2	0	3
8	Kepahiang	2,289	2	1	1	4
9	Lebong	1,858	0	7	0	7
10	Bengkulu Tengah	2,058	0	3	0	3
	Propinsi Bengkulu	36,701	4	35	13	52
	Jumlah Kematian Ibu/ Maternal dilaporkan					114.4

Sumber : Dinas Kesehatan Propinsi Bengkulu "Profil Kesehatan 2010"

Dibandingkan dengan daerah lain di Indonesia, data AKI propinsi Bengkulu termasuk di level menengah. DIYogyakarta dan DKI Jakarta mencapai AKI terendah sedangkan NTT maupun Jawa Barat di posisi tertinggi (Profil Kesehatan Indonesia, 2010). Tentu hal ini bisa dicapai berkat komitmen Pemerintah Pusat dan upaya keras Daerah khususnya pihak yang berkompeten yaitu Dinas Kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan pada masyarakat, dan bersama-sama dengan BKKBN mengupayakan penurunan AKI melalui kebijakan dan program-program kerja yang digulirkan. Kondisi yang kurang menggembirakan dan barangkali perlu dicermati ulang dialami pada kurun tahun 2011 di mana laporan awal Dinas

Kesehatan yang belum dipublikasikan menunjukkan peningkatan AKI dengan estimasi sebesar 120/100.000 KH atau naik 5 point dari kondisi 2 tahun sebelumnya.

2. Jumlah Anak

Sebagaimana telah disinggung sebelumnya bahwa kematian ibu sering dikaitkan dengan empat terlalu (4T) antara lain terlalu rapat dan terlalu sering melahirkan. Table 5.2 menggambarkan distribusi wanita menikah menurut jumlah anak yang dimiliki hasil Sensus Penduduk 2010. Proporsi wanita menikah yang belum punya anak sampai dengan yang memiliki anak 2 relatif lebih tinggi dibandingkan dengan mereka yang memiliki anak 3 ke atas, 52.8 persen dibanding dengan 48.2 persen. Lebih jauh apabila dikaitkan dengan peluang memiliki/melahirkan anak (*fecundity*) dimana mereka yang usianya lebih tinggi akan memiliki peluang melahirkan anak lebih besar tidak terjadi di Bengkulu. Tabel 4.2 menunjukkan bahwa dari 224,268 wanita menikah usia 40 tahun keatas, proporsi mereka yang memiliki anak dibawah 3 jauh lebih tinggi dibandingkan dengan mereka yang memiliki jumlah anak 3 ke atas, yaitu 72.9 persen dibanding dengan 27.1 persen. Fakta demografi ini menjelaskan bahwa secara umum pengendalian penduduk di provinsi Bengkulu relatif berjalan dengan baik meskipun belum optimal. Masih ada 48.2 persen wanita menikah yang memiliki anak 3 lebih dimana hal ini bertentangan dengan slogan BKKBN "2 anak lebih baik" dan target MDG's $NRR=1$. Hasil SDKI 2007 juga menunjukkan fenomena yang sama bahwa jumlah ideal anak yang diinginkan oleh masyarakat Bengkulu 2,8 artinya rata-rata keluarga masih menginginkan anak 3. Terkait dengan kematian ibu khususnya yang berhubungan dengan terlalu sering melahirkan. Sebagaimana disampaikan oleh Kementrian Kesehatan bahwa dikategorikan sering melahirkan apabila seornag ibu melahirkan 4 kali atau lebih. Menilik kriteria ini, sebanyak 28,1

persen wanita menikah di Bengkulu memiliki 4 anak atau lebih. Kelompok ini harus diwaspadai dalam upaya mencegah meningkatnya angka kematian ibu.

Table 5.2. Distribusi Wanita Menikah Menurut Jumlah Anak, Di Bengkulu, 2010

Jumlah Anak	Persen
0-2	52.8
3	20.1
4+	28.1
Total	379,499

Sumber: SP 2010 diolah

Selanjutnya Tabel 5.3 memberikan informasi bahwa di Bengkulu, proporsi wanita menikah pada kelompok umur 40+ dengan jumlah anak 0 -2 sangat tinggi (72.9 persen). Hal ini secara implisit menjelaskan bahwa program KB di provinsi Bengkulu pada masa Orde Baru berjalan efektif sebagaimana yang telah dijelaskan pada bab sebelumnya. Secara kohort analisis, mereka yang berumur 40 tahun keatas adalah mereka yang lahir pada 1970 keatas dimana pada waktu itu program KB sedang digalakan dengan dibentuknya Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) yang dipimpin oleh Dr. Suwardjono Suryaningrat (Adioetomo dkk., 2010: 118). Mereka adalah orang-orang yang secara intensif bersinggungan baik secara langsung maupun tidak langsung dengan program Keluarga Berencana karena menjadi sasaran utama program KB pada era Orde Baru dibawah Rezim Soeharto.

Tabel 5.3 Distribusi Wanita Menikah Menurut Kelompok Umur dan Jumlah Anak di Bengkulu, 2010

Kel. Umur	Jml. Anak		
	0 - 2	3+	Total
15 - 19	100	-	5,652 (100)
20 - 29	92.2	7,8	97,095 (100)
30 - 39	56.4	43,6	121,520 (100)

BAB VI

KEBIJAKAN PENURUNAN AKI

Angka Kematian Ibu (AKI) merupakan salah satu indikator untuk melihat derajat kesehatan perempuan di Indonesia. Sebagaimana telah dijelaskan sebelumnya bahwa Angka Kematian Ibu (AKI) Indonesia masih sangat tinggi dibandingkan dengan AKI di negara jiran tetangga seperti Singapura, Malaysia, dan Thailand. Berbagai upaya telah dilakukan oleh pemerintah Indonesia untuk menurunkan AKI, namun demikian penurunannya masih belum signifikan dikaitkan dengan target MDG's 2015 yaitu mengurangi sampai $\frac{3}{4}$ resiko jumlah kematian ibu yaitu dari 390 per 100 ribu kelahiran hidup pada 1990 menjadi 102 per 100 ribu kelahiran hidup pada 2015. Dari hasil SDKI 2012, AKI Indonesia meningkat tajam menjadi 359 per 100 ribu kelahiran hidup. Di Provinsi Bengkulu AKI relatif lebih baik yaitu 114 per 100 ribu kelahiran hidup. Beberapa upaya terkait dengan target MDG's telah diupayakan oleh pemerintah Bengkulu c.q Dinas Kesehatan provinsi Bengkulu. Bab ini akan membahas sesuai dengan informasi dan data yang tersedia beberapa upaya yang telah dilakukan oleh Dinas Kesehatan provinsi Bengkulu dalam upaya menurunkan Angka Kematian Ibu.

A. Target MDG's

Sebagaimana telah dijelaskan di depan bahwa target capaian pelayanan kesehatan nasional adalah mewujudkan target yang telah disepakati pada tujuan MDG's. Terkait dengan penurunan AKI, maka ada beberapa program strategis yang menjadi acuan parameter yang telah disepakati secara nasional sebagai upaya penurunan angka kematian ibu di Indonesia. Tabel 6.1. menunjukkan beberapa parameter terkait dengan penurunan AKI di Indonesia.

Tabel 6.1 Parameter Kesehatan Penurunan AKI

INDIKATOR	ACUAN DASAR	MDGs 2015
1. AKI per 100.0000 kelahiran hidup	390 (1991)	102
2. Persalinan oleh Tenaga Kesehatan	40.70 % (1992)	90.00 %
3. Cakupan Pelayanan Antenatal	70 %	95%
4. CPR	47,10% (1991)	65%
5. Tingkat kelahiran pada remaja (per 1000 perempuan usia 15 – 19 tahun)	67 PER 1000	30 PER 1000
6. Unmet need KB	12.70 %	5 %

Sumber: Laporan Pencapaian Tujuan Pembangunan Melinium di Indonesia, Bappenas, 2010.

A. Program Kegiatan Strategis dan Capaian

Dalam upaya mencapai target MDG's tersebut pemerintah provinsi Bengkulu melalui Dinas Kesehatan provinsi Bengkulu telah melakukan berbagai program kegiatan yang berhubungan baik langsung maupun tidak langsung terhadap upaya penurunan angka kematian ibu (AKI). Setidaknya ada 5 program kesehatan ibu yang telah dilakukan selama ini yaitu meliputi: (1) Program kesehatan ibu hamil, (2) Program kesehatan ibu bersalin dan nifas, (3) Program kesehatan maternal dan komplikas, (4) Program kesehatan reproduksi dan (5) Program keluarga berencana. Capaian rogram kegiatan tersebut selanjutnya akan disampaikan pada pembahasan berikut.

Pada Tabel 6.2 menunjukan program kegiatan dan capaian yang telah dilakukan oleh Dinas Kesehatan provinsi Bengkulu maupun BKKBN. Secara umum dapat

BAB VII

SIMPULAN DAN REKOMENDASI

A. Simpulan

Dari diskripsi dan analisis terhadap perilaku fertilitas perempuan penduduk Bengkulu dapat disimpulkan sbb.:

1. Sejak 1970 sampai dengan 2010, jumlah penduduk Propinsi Bengkulu mengalami kelipatan 2 kali dari tahun dasar 1971 terjadi pada tahun 1990 atau 20 tahun. Sedangkan pada tahun 2010 mengalami tiga kali lipat menjadi sebesar 1.715.518 dimana terjadi dalam 39 tahun. Hal ini dapat diartikan bahwa sejak Lembaga Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) di Propinsi Bengkulu tahun 1978 dengan program Keluarga Berencana (KB) dapat menghambat fertilitas/kelahiran dalam perkembangannya rata-rata 20 tahun kemudian terjadi perkembangan perkelopatan dari data dasar, diharapkan dengan program KB pola kelipatan akan lebih panjang dari 20 tahun sekali.

2. Laju pertumbuhan penduduk dan angka Fertilitas Total (TFR) selama periode 1970-2010 juga mengalami penurunan yang dramatis. Keadaan ini dialami hampir semua provinsi di Indonesia dikarenakan kuatnya komitmen pemerintah, pengorganisasian yang baik dan besarnya dukungan dana. Artinya penurunan yang dramatis ini lebih disebabkan oleh faktor makro dari pada mikro. Hal ini terlihat jelas bahwa beberapa faktor mikro yang menurut beberapa teori berhubungan dengan tingkat perilaku Fertilitas, tidak dapat menjelaskan penurunan dramatis angka TFR Bengkulu. Baik tingkat pendidikan maupun jenis (desa-kota) tidak berpengaruh. Bahkan baik mereka yang tinggal di pedesaan maupun perkotaan dan mereka yang tidak sekolah maupun yang

DAFTAR PUSTAKA

- Setomo. S, Burhan, L., Yunus, N., Demografi Indonesia : Mengubah Nasib Menjadi Harapan, BKKBN dan LDUI, 2010.
- Setomo dan Samosir. (2011), *Dasar-Dasar Demografi*, Edisi 2, Salemba Empat, LDUI, Jakarta
- A. (2004), "Changing Fertility Rates in Developed Markets. The Impact of Labor Market Institutions", *Journal of Population Economics* 17: 17-43, January.
- Pusat Statistik, 1991. *Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 1991*. BPS, Jakarta
- Pusat Statistik, 1994. *Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 1994*. BPS, Jakarta
- Pusat Statistik, 1997. *Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 1997*. BPS, Jakarta
- Pusat Statistik, 2003. *Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 2003*. BPS, Jakarta
- Pusat Statistik, 2007. *Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 2007*. BPS, Jakarta
- Pusat Statistik, 2012. *Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 2012*. BPS, Jakarta
- Pusat Badan Pusat Statistik, 2002. *Survei Kesehatan Rumah Tangga 2001*. BPS, Jakarta
- Pusat Statistik, 2012, *Provinsi Bengkulu Dalam Angka*, BPS, Bengkulu.
- Pusat Statistik, Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional, Departemen Kesehatan, Macro Internasional, Des 2008. *Survei Dasar Kesehatan Indonesia 2007*, BPS, Jakarta
- Pusat Statistik, Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional, Departemen Kesehatan, Macro Internasional, 2010. *Survei Dasar Kesehatan Indonesia 2012*, BPS, Jakarta
- Pusat Statistik, 2002. *Survei Kesehatan Rumah Tangga 2001*. BPS, Jakarta

- Badan Pusat Statistik, Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional, Departemen Kesehatan, ORC Macro, Des 2003. *Survei Dasar Kesehatan Indonesia 2002-2003*, BPS, Jakarta
- Badan Pusat Statistik, 2004. *Statistik Kesehatan 2004*, BPS, Jakarta
- Badan Pusat Statistik, 2004. *Survei Sosial Ekonomi Nasional 2004*, BPS, Jakarta
- Badan Pusat Statistik, 2009. *Profil Kesehatan Ibu dan Anak 2008*, BPS, Jakarta
- Blossfeld, H.-P. (1995), *The New Role of Women: family formation in Modern Societies*, H-P Blossfeld (ed.), Westview Press, Boulder
- Coale, Donald J., 1973, *Principle of Demography*. John Wiley and Sons. New York.
- Bappenas, 2010, Laporan Pencapaian Pembangunan Milenium Indonesia 2010, Kementrian Perencanaan Pembangunan Nasional/Bappenas RI, Jakarta.
- Corijn, M. and E., Klijzing (2001), "Transition to Adulthood: Conclusions and Discussion" in *Transition to Adulthood, (European Studies of Population)* M. Corijn and E. Klijzing (eds.), Kluwer, Dordrecht
- Dinkes Kesehatan. 2010. *Profil Kesehatan Propinsi Bengkulu 2010*. Dinkes. Bengkulu.
- E.M, 1990, Population, in Hagedorn, R. *Sociology*, Fourth Edision, John Deyell company, Toronto, Canada, pg. 195-249.
- Hagedorn, R. 1990. *Sociology*, Fourth Edision, John Deyell company, Toronto, Canada
- Imo, et.al, The demographic Dimension in Indonesia Development, Oxford University Press, New York, 1987.
- Ilgen, G. (2000), "The effects of education and employment on marriage and first birth", *FFS Flagship Conference*, "Partnership and Fertility – a Revolution", May 29-31, 2000, Brussels.
- Ida Bagoes, 1985, *Pengantar Studi Demografi*, Nur Cahaya. Yogyakarta.
- Intika, E. 2012, "Penyebab Terjadinya Pendarahan pada Kehamilan", www.tandakemailanawal.com.
- Kementerian Kesehatan, 2010. *Profil Kesehatan Indonesia, 2010*. Kemenkes. Jakarta
- Kementerian Kesehatan, 2011. *Riset Kesehatan Dasar 2010*. Kemenkes. Jakarta
- Kendall, K. 1986. *Fertility and Mortality : Theory, Methodology, and Empirical Issues*. Sage Publications, New Delhi.
- Singarimbun, 1988, *Kelangsungan Hidup Anak*, Gadjah Mada University Press, Yogyakarta.

- Badan Pusat Statistik, Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional, Departemen Kesehatan, ORC Macro, Des 2003. *Survei Dasar Kesehatan Indonesia 2002-2003*, BPS, Jakarta
- Badan Pusat Statistik, 2004. *Statistik Kesehatan 2004*, BPS, Jakarta
- Badan Pusat Statistik, 2004. *Survei Sosial Ekonomi Nasional 2004*, BPS, Jakarta
- Badan Pusat Statistik, 2009. *Profil Kesehatan Ibu dan Anak 2008*, BPS, Jakarta
- Blossfeld, H.-P. (1995), *The New Role of Women: family formation in Modern Societies*, H-P Blossfeld (ed.), Westview Press, Boulder
- Coale, Donald J., 1973, *Principle of Demography*. John Wiley and Sons. New York.
- Bappenas, 2010, Laporan Pencapaian Pembangunan Milenium Indonesia 2010, Kementrian Perencanaan Pembangunan Nasional/Bappenas RI, Jakarta.
- Corijn, M. and E., Klijzing (2001), "Transition to Adulthood: Conclusions and Discussion" in *Transition to Adulthood, (European Studies of Population)* M. Corijn and E. Klijzing (eds.), Kluwer, Dordrecht
- Dinkes Kesehatan. 2010. *Profil Kesehatan Propinsi Bengkulu 2010*. Dinkes. Bengkulu.
- E.M, 1990, Population, in Hagedorn, R. *Sociology*, Fourth Edision, John Deyell company, Toronto, Canada, pg. 195-249.
- Hagedorn, R. 1990. *Sociology*, Fourth Edision, John Deyell company, Toronto, Canada
- Go, et.al, The demographic Dimension in Indonesia Development, Oxford University Press, New York, 1987.
- Gillen, G. (2000), "The effects of education and employment on marriage and first birth", *FFS Flagship Conference*, "Partnership and Fertility – a Revolution", May 29-31, 2000, Brussels.
- Ida Bagoes, 1985, *Pengantar Studi Demografi*, Nur Cahaya. Yogyakarta.
- Intika, E. 2012, "Penyebab Terjadinya Pendarahan pada Kehamilan", www.tandakemailanawal.com.
- Kementerian Kesehatan, 2010. *Profil Kesehatan Indonesia, 2010*. Kemenkes. Jakarta
- Kementerian Kesehatan, 2011. *Riset Kesehatan Dasar 2010*. Kemenkes. Jakarta
- Kendall, K. 1986. *Fertility and Mortality : Theory, Methodology, and Empirical Issues*. Sage Publications, New Delhi.
- Singarimbun, 1988, *Kelangsungan Hidup Anak*, Gadjah Mada University Press, Yogyakarta.